



Prostataproblem
– som inte beror på cancer



INNEHÅLL

Prostataproblem som inte beror på cancer	3
Godartad prostataförstoring (BPH)	4
Överaktiv urinblåsa som inte beror på prostataförstoring	8
Prostatit	10
Förträngning i urinröret	11
Sjukdomar och skador på penis, pung och testiklar	13
Sjukdomstillstånd i pung och testiklar	13
Sjukdomstillstånd i svällkroppar eller på penis och förhud	16
Skador på penis, pung och testiklar	18



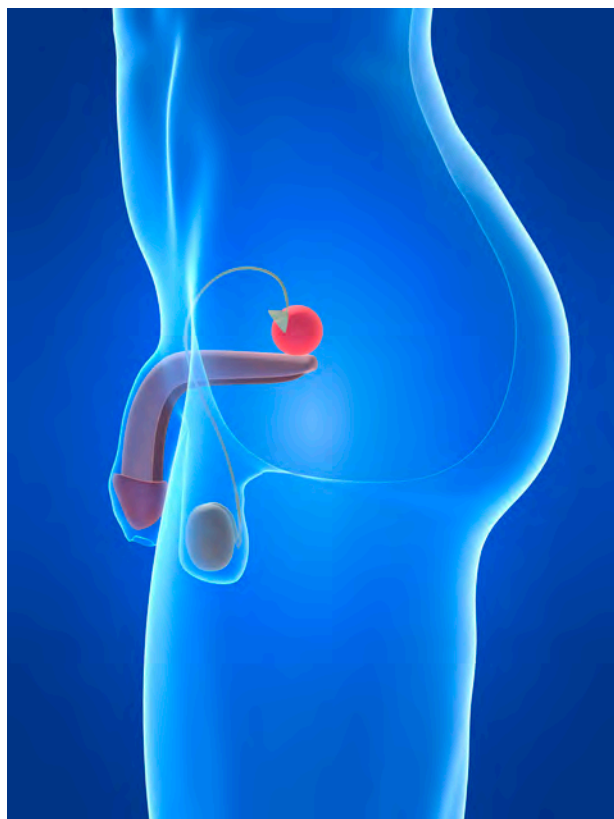
Prostataproblem som inte beror på cancer

Cancer är långt ifrån det enda som kan orsaka svåra besvär i prostatan. Cancersjukdomar brukar oftast benämnas "elakartade" och då skulle man kunna föreställa sig att övriga sjukdomstillstånd är "godartade". Men att en sjukdom är "godartad" innebär inte alls att den är ofarlig eller ens att besvären är lindriga. Tvärtom finns det många tillstånd inom urologin där besvären kan vara väldigt svåra, och följden kan bli betydande nedsättning av livskvalitet och i värsta fall social invalidisering. Det finns också exempel på "godartade" sjukdomstillstånd som på sikt kan vara livshotande.

PROSTATAN

Prostatan, eller blåshalskörteln, är belägen strax nedanför urinblåsan och omsluter den övre delen av urinröret. Körteln är av avgörande betydelse för att man ska kunna skaffa barn. Den tillverkar sädesvätskan och också det mycket viktiga enzymet prostataspecifikt antigen (PSA). Enzymets funktion är att bryta ned den trögflytande sperman så att den blir mer tunnflytande. PSA mäts med ett blodprov. Hos en medelålders man ligger nivån normalt under tre nanogram/milliliter.

Om barnet vid befruktningen får en X-kromosom av mamma och en Y-kromosom av pappa kommer det att bli av manligt kön. Individen kan också bli av manligt kön om den får två X-kromosomer, men det är så ovanligt att vi inte går in på det här. Innan puberteten har pojkar ingen riktig prostata utan ett prostataanlag som bara är en diskret förtjockning av den övre delen av urinröret. Under puberteten stiger nivåerna av det manliga könshormonet testosteron enormt och då händer en massa saker. Bland annat växer prostatan till och blir till en storlek ungefär motsvarande en valnöt och väger då 18-20 gram. Hos en ung man fungerar körteln som den ska men senare under livet kan den ge upphov till olika typer av besvär.



Modell i 3D med prostatan markerad i rött.



Godartad prostataförstoring (BPH)

Vattenkastningsbesvär hos män har tidigare oftast benämnts prostatism, framför allt beroende på att man har föreställt sig att alla sådana här problem berott på prostataförstoring eller, som det också benämns, benign prostatahyperplasi (BPH). För cirka trettio år sedan övergavs benämningen prostatism och istället började man använda "Lower Urinary Tract Symptoms" (LUTS), vilket kan översättas till "Nedre Urinvägssymptom".

Termen LUTS inkluderar inte bara besvär med att tömma blåsan utan också problem som urininkontinens, trängningar, ökad frekvens till vattenkastning, bäckensmärta, minskad känsla för blåsfyllnad, med mera. LUTS/BPH har rapporterats ha stort inflytande på livskvalitet hos patienter som sökt medicinsk hjälp. Även om BPH/LUTS ofta är kopplat till en betydande grad av livskvalitetssänkning är de aktuella symptomen sällan livshotande. Betydligt allvarigare kan det bli ifall blåsan inte kan tömma sig helt. Patienten kan i sådana fall utveckla totalt urinstopp, stenbildning, urinvägsinfektion men också allvarig blodförgiftning och/eller försämring av njurfunktionen.

HUR VANLIGT ÄR DET MED VATTENKASTNINGSBESVÄR?

Det är mycket vanligt med godartad prostataförstoring och besvär från nedre urinvägarna men hur vanligt det är varierar i olika studier. Till exempel har mer än tio procent av holländska män beräknats vara drabbade, successivt ökande från tre procent mellan 45 och 49 års ålder till 24 procent vid 80 års ålder. I en rapport från Skottland var det till och med ännu vanligare. I den studien hade 44 procent av män över 70 år en fördubbling av prostatavolymen. För några år sedan publicerades resultat från en svensk forskningsrapport där man hade intervjuat drygt 2 000 män mellan 41 och 80 år, geografiskt spridda över tio regioner i hela Sverige. Över 30 procent av dessa män hade vattenkastningsbesvär och sambandet var starkt mellan besvärsgrad och ålder. En tredjedel av männen med besvär rapporterade en betydande negativ påverkan på livskvaliteten. I en annan forskningsrapport från Västmanland, också omfattande drygt 2 000 män mellan 40 och 80 år, hade en fjärdedel av de tillfrågade männen besvär.

VARFÖR UTVECKLAS GODARTAD PROSTATAFÖRSTÖRING?

Bakgrunden till utvecklingen av prostataförstoring är ofullständigt kartlagd. Den så kallat godartade prostatakörteltillväxten äger rum i den delen av prostatan som ligger närmast urinröret. Ärftlighet spelar också roll. Risken för att behöva opereras för prostataförstoring är mycket större om ens far eller bror har behandlats för prostataförstoring. På senare år har det framkommit teorier om att prostatatillväxt i själva verket är en delkomponent till det metabola syndromet, ett samlingsnamn för faktorer som ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, övervikt och höga blodfetter. Detta talar för att godartad prostataförstoring möjligen tillhör de så kallade välfärdssjukdomarna.

VAD INNEBÄR GODARTAD PROSTATAFÖRSTÖRING PÅ SIKT?

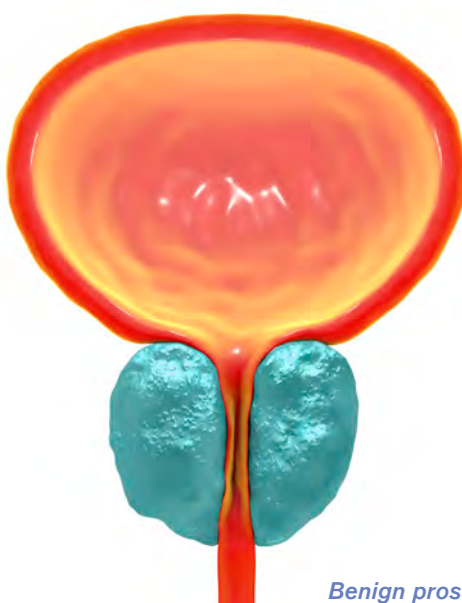
Godartad prostataförstoring har en tendens att förvärras genom åren men vad som förvärras, och hur snabbt, varierar. Symtom kan förvärras liksom körteltillväxten i sig, urinflödet kan försämrats på grund av ökad förträngning. Komplikationer till förstoringen, som urinstopp, urinvägsinfektioner, blåsstensbildning samt påverkan på övre urinvägar kan också uppträda.

Av de män som haft ett akut urinstopp kommer cirka hälften inom ett år genomgå en prostataoperation. Risken för att få ett nytt urinstopp, eller att behöva opereras för sin prostataförstoring, är väsentligt lägre för män som haft ett urinstopp där det varit en uppenbart utlösande faktor, som exempelvis vävnadsprovtagning på prostatan, överdrivet alkoholintag eller urinvägsinfektion. Man vet också att män med vattenkastningsbesvär har en ökad risk att få urinstopp jämfört med symptomfria män och att enbart prostataförstoring också ökar risken påtagligt.

DIAGNOSTIK AV VATTENKASTNINGSBESVÄR OCH GODARTAD PROSTATAFÖRSTÖRING

Ett läkarbesök är ett måste för att komma till klarhet med vad som ligger bakom symtomen. Under besöket går man igenom besvärens art, svårighetsgrad samt hur länge de har pågått. Aktuell medicinering och aktuella sjukdomar, tidigare sjukdomar, genomgångna operationer samt hur svåra besvären är gås igenom. Efter detta görs en kroppsun- dersökning, och i den ingår att läkaren känner på prostatan via ändtarmen där också körtelnns storlek och konsistens bedöms. Denna första undersökning kan sedan komma att motivera ytterligare undersökningar mer riktade mot symtombilden i sig. Omfattningen av de här undersök- ningarna beror också på om patienten sökt allmänläkare eller urologspecialist. I de allra flesta fall räcker det med att besöka vårdcentralen.

Nästa steg är att använda symtomskattningsformulär samt protokoll över vattenkastningen (när och hur mycket). Det behövs inte göras så många laboratorieundersökningar utan till att börja med mäts PSA, njurfunktion samt eventuell förekomst av bakterier. Kontroll av hur mycket urin som är kvar när patienten har kissat bör alltid göras. Dessa under- sökningar räcker oftast. Om man kommer fram till att det rör sig om godartad prostataförstoring informeras patienten om möjliga behandlingar. Om behandling med läkemedel väljs kan detta prövas utan att ytterligare undersökning behövs. Om man avser att gå vidare med en operation bör vidare undersökningar övervägas, såsom volymsbestämning av prostatan med ultraljud samt blåsfunktionsundersökning. De här undersökningarna kräver remiss till specialist.



Benign prostatahyperplasi, BPH, i 3D.



BEHANDLING AV GODARTAD PROSTATAFÖRSTÖRING

Män med prostataförstoring utan symtom ska inte behandlas. För majoriteten av män med lindriga symtom rekommenderas oftast ingen behandling alls. Stor prostatakörtel, påtagliga symtom och PSA-förhöjning ökar dock risken för framtida problem, och i dessa fall kan behandling vara motiverad.

I början på 1990-talet lanserades finasterid som det första läkemedlet med prostataförminsande egenskaper. Det finns andra liknande mediciner men i Sverige är just finasterid den enda "prostataförminskaren" som används. Det finns betydande fördelar med finasterid eftersom det är en behandling som är direkt riktad mot körteltillväxten i sig. Många män kan få en symtomlindring. Biverkningarna är ganska skonsamma, vissa män kan få besvär med nedsatt sexlust. Den största nackdelen med den här typen av behandling är att den tar tid för att verka; det kan ta tre till fyra månader, ibland upp till ett halvt år, innan patienten upplever effekt.

Den andra strategin för tablettbehandling av prostataförstoring är alfablockerare som ger avslappning i blåshals

och prostata. Den stora fördelen med alfablockad är att det verkar snabbt. Av de patienter som blir hjälpta kan man ofta märka effekt redan efter några veckor. Dessa mediciner krymper emellertid inte prostatakörteln och tio till femton procent av patienterna kan få besvärliga biverkningar, framförallt i form av yrsel och illamående. Huvudvärk förekommer också som biverkan till behandling med alfablockerare.

Kombinationsbehandling med finasterid och alfablockerare har visat sig vara något effektivare än enbart finasterid eller alfablockerare. Strategin vid kombinationsbehandling är att använda alfablockerare för snabb symtomlindring och att finasterid svarar för förhindrande av ytterligare tillväxt av prostatakörteln och komplikationer därav.

Medicinen tadalafil (Cialis®) har sedan början av detta årtusende använts för behandling av sviktande erektion. Men den här medicinen har också studerats med avseende på symtomlindring vid godartad prostataförstoring och då visat sig ha effekt på dessa symptom. Detta har fått till följd att tadalafil numera är godkänt också för behandling av symtomgivande prostataförstoring.

VAD SÄGER SBU-RAPPORTEN OM LÄKEMEDELS-BEHANDLING VID GODARTAD PROSTATAFÖRSTÖRING?

SBU betyder Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering. Dess uppgift är att sammanställa all forskning som finns inom ett visst medicinskt ämnesområde och för att verkligen kunna fastställa exempelvis hur bra vissa läkemedel egentligen fungerar. En rapport från SBU från år 2011 visade att de tillgängliga läkemedlen inte har så god effekt vid behandling av godartad prostataförstoring. Detta hindrar naturligtvis inte att enstaka patienter med lindriga eller måttliga symtom kan få mycket god effekt av läkemedlet.

OPERATIV BEHANDLING AV PROSTATAFÖRSTÖRING

Minimalinvasiv betyder att en operation görs på ett skonsammare sätt än vid traditionell kirurgi och inte kräver sövning eller inläggning på sjukhus. Minimalinvasiva metoder har funnits i trettio år. Några av metoderna har utvecklats och nu befunnits vara tillräckligt bra för att kunna accepteras som standardbehandlingar. Bland dessa kan nämnas mikrovågsbehandling, en metod som inte kräver vare sig narkos eller ryggbedövning. Vid en sådan behandling sätter läkaren in en specialtillverkad kateter med en mikrovågsantenn i. Katetern sätts via urinröret och korrekt läge på antennen bekräftas med ultraljudsundersökning. Allvarliga biverkningar vid mikrovågsbehandlingar är sällsynta. De flesta män som har åldersbetingad prostataförstoring kan få behandlingen, men prostatan bör vara måttligt eller kraftigt förstörad. Nackdelen med mikrovågsbehandling är att patienten får räkna med att gå med kateter i några veckor.

Den vanligaste operationen för godartad prostataförstoring är en så kallad TURP. Förkortningen står för "TransUretral Resektion av Prostata" vilket innebär att man går in med ett instrument via urinröret och hyvlar bort tillväxtvävnaden med en elektrisk kniv. Vävnadsspånen sköljs sedan ut genom

instrumentets hylsa. Resultaten efter TURP är mycket goda. Risken för återkomst av prostataförstoring efter TURP är mindre än tio procent över en tioårsperiod. Om prostatakörteln är liten kan man istället göra en TUIP, "TransUretral Incision av Prostata". Kirurgen lägger ett snitt i bakre delen av körteln så att den faller isär, och man behöver i de här fallen inte hyvla bort någon vävnad. För större prostatakörtlar, över 100 gram, kan öppen operation vara ett bra alternativ. Patienterna brukar bli väldigt nöjda efter en sådan här operation, men ingreppet kräver vård- och katetertid på uppemot en vecka.

Resultaten vid kirurgisk behandling av godartad prostataförstoring är generellt sett mycket bra. Emellertid förekommer biverkningar vid kirurgi som risk för blödning, proppbildning samt hjärtinfarkt. Dessbättre är allvarliga komplikationer ganska ovanliga på friska män, men äldre män som kanske också har andra sjukdomar löper betydligt större risk och detta gäller också för män med nedsatt njurfunktion.

KAN PROSTATACANCER UTVECKLAS FRÅN GODARTAD PROSTATAFÖRSTÖRING?

Män som får vattenkastningsbesvär blir ofta oroliga över om de har drabbats av prostatacancer, men sådana besvär är inte alls typiska. En nypublicerad rapport har tvärtom visat att en man som har vattenkastningsbesvär löper lägre risk att få diagnosen prostatacancer än en man som inte har sådana besvär. En godartad prostataförstoring utvecklas inte till prostatacancer. Egentligen verkar dessa båda tillstånd inte ha så mycket med varandra att göra. De uppkommer som regel på olika platser i prostatakörteln, cancer utvecklas oftast i den yttre delen bakåt och godartad förstoring utvecklas mer åt mitten. Men eftersom båda tillstånden är så vanliga kan man naturligtvis ha prostataförstoring och prostatacancer samtidigt.





Överaktiv urinblåsa som inte beror på prostataförstoring

VAD INNEBÄR ÖVERAKTIV URINBLÅSA OCH VARFÖR UPPKOMMER DETTA TILLSTÅND?

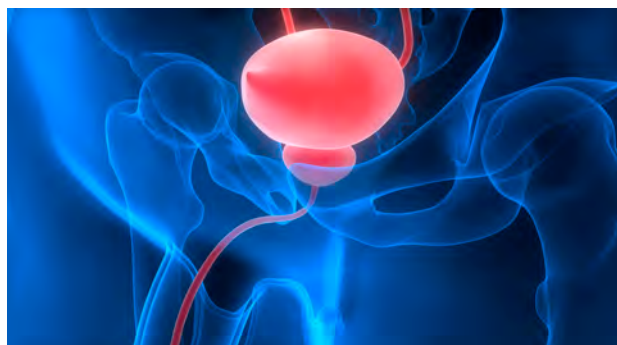
För bara några decennier sedan trodde man att alla mannens vattenkastningsproblem hängde samman med prostataförstoring. Allt eftersom förstod man att vattenkastningsbesvär kunde uppträda utan att det var prostatans fel; att exempelvis föreställa sig att kvinnors vattenkastningsbesvär beror på prostataförstoring är ju helt orimligt.

För de tillstånd där urinblåsan hade ett överaktivt och stressigt arbetsmönster lanserades begreppet "överaktiv blåsa". Män besväras dels av att få gå och kissa ofta, ibland tjugo gånger per dygn eller mer, samt väldigt kraftiga trängningar till vattenkastning som kan vara mycket svåra att hantera. Ibland är det en kort varningstid, så att mannen har för kort tid på sig för att hinna till toaletten. Flera hundratusen personer i Sverige besväras av överaktiv blåsa av varierande grad. Det kan vara ganska lindriga besvär där mannen egentligen

inte tycker att de behöver någon behandling. I dessa fall söker personen kanske läkare mest för att få reda på att det inte är någon farlig sjukdom. Däremot kan symtomen vara så svåra att de orsakar fullständig social invaliditet; svåra urinläckage och omöjligt att delta i aktiviteter som promenader, besök på teater/bio, hälsa på vänner, med mera. Ungefär en tredjedel av männen med överaktiv blåsa har svåra trängningar kombinerade med urinläckage.

Orsaken till överaktiv blåsa kan variera. I de flesta fall är det egentligen inget fel med själva urinblåsan. En urinblåsa är i grunden ett opålitligt organ som tömmer sig när den vill om den inte kan kontrolleras, som den till exempel betar sig på spädbarn. Men allt eftersom åren går utvecklas de delar av hjärnan som ska kontrollera urinblåsan och när barnet blir något/några år gammalt kan det så småningom sluta med blöjorna och sedan är det tänkt att allt ska fungera fint under resten av livet.

Tyvärr kan man råka ut för sjukdomar och skador som försämrar hjärnans kontroll över urinblåsan, till exempel stroke eller andra sjukdomar i nervsystemet. Vid demenssjukdom är det mycket vanligt med överaktiv urinblåsa och urinläckage. Oftast är överaktiv urinblåsa ett ofarligt tillstånd även om det naturligtvis kan vara väldigt besvärande. I de flesta fall behöver man inte remittera patienten till urolog utan man kan påbörja behandlingen i primärvården. I vissa fall, exempelvis om patienten haft blod i urinen, måste patienten snabbt remitteras för vidare specialundersökningar för att vara säker på att det inte är cancer som ligger bakom besvären.



Urinblåsa i 3D

BEHANDLING AV ÖVERAKTIV BLÅSA

I primärvården inleds ofta behandlingen med så kallad blåsträning som går ut på att patienten själv försöker öka tiden mellan vattenkastningstillfällena. Om inte detta hjälper finns det flera sorters mediciner att välja på som kan dämpa urinblåsans överaktivitet. Vissa patienter kan då få en god symptomlindring men endast knappt hälften av de behandlade patienterna väljer att fortsätta behandlingen efter ett halvår och efter ett år är procentsatsen ännu lägre. Att patienterna slutar med läkemedel kan antingen bero på att de inte tycker att effekten är tillräcklig eller att de får biverkningar av medicinen, som till exempel muntorrhet eller förstoppning.

I väldigt svåra fall av överaktiv blåsa, där tabletter inte hjälper, kan det övervägas att spruta in läkemedel i väggen på urinblåsan. Sådan behandling är mycket effektivare men kräver urologisk expertis, och måste i regel upprepas ungefär varje halvår. Det kan visa sig att behandlingen blir så effektiv att urinblåsan inte alls kan tömma sig och i dessa fall måste patienten lära sig att tappa sin urinblåsa själv fyra till fem gånger om dagen med engångskateter (en slang som förs in till urinblåsan via urinröret). För de allra värsta fallen av överaktiv urinblåsa, där inga mediciner alls hjälper och patienten har väldigt svåra besvär, kan operation övervägas där urinen töms i en stomipåse på magen.





Prostatit

Prostatit betraktades tidigare som en inflammation i prostatakörteln, som kunde vara antingen akut eller kronisk och som kunde leda till svullnad, ömhet och en mjukare konsistens. Begreppet kronisk icke-bakteriell prostatit har nu tagits bort av skäl som beskrivs närmare under rubriken "Kronisk bäckenbottensmäta".

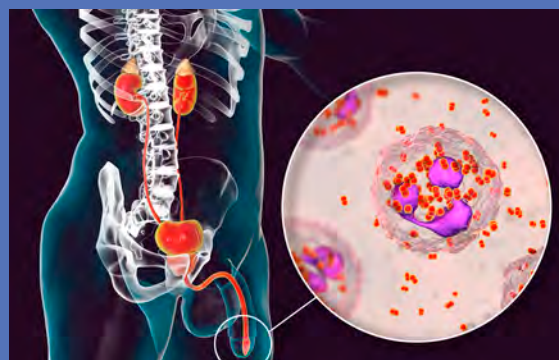
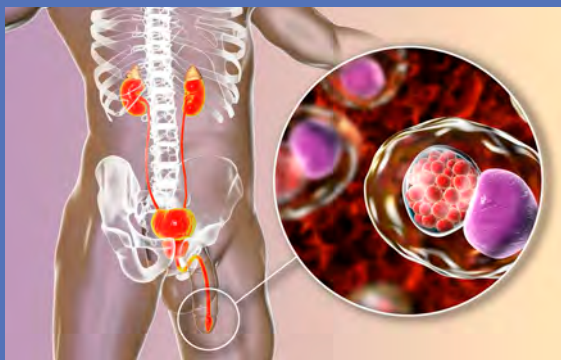
Akut Prostatit

Akut prostatit yttrar sig som smärtor i underlivet och man kan få svårt att urinera. Akut prostatit som ger hög feber i kombination med smärta och svårighet att kissa är inte så ovanligt och behandlas med antibiotika, i regel mycket framgångsrikt. Anledning till akut prostatit kan bero på att vanliga bakterier i underlivet vandrat till urinvägarna där de inte ska finnas. Det kan också komma från en sexuellt överförd sjukdom som klamydia eller gonorré. De vanligaste fallen av akut prostatit finns hos patienter som har inneliggande kateter. Hos män som får ta vävnadsprov vid misstänkt prostatacancer drabbas ungefär var femtionde. Akut prostatit kan vara ett livshotande tillstånd med blodförgiftning som obehandlat kan leda till döden.

KRONISK BÄCKENBOTTENSMÄRTA

Det som tidigare har gått under benämningen kronisk icke-bakteriell prostatit karaktäriseras av värk i bäckenregionen, kraftiga trängningar till vattenkastning samt smärta vid utlösning och är vanligt hos yngre och medelålders män. Numera benämns det som kroniskt bäckenbottensmärtssyndrom eller kronisk bäckenbottensmäta.

Detta rör sig inte om någon kronisk infektion, och inte heller någon egentlig inflammation i prostatan. Besvären kan visserligen till att börja med utlösas av en infektion, men en kvarvarande infektion är inte förklaringen till de kroniska besvären där smärta är det huvudsakliga symtomet. Ibland kan en ökad spänning i bäckenets muskulatur vara förklaringen men lika ofta kan man inte riktigt förklara detta smärttillstånd. Det verkar på något sätt som om smärtsignalerande nerver av någon anledning (kanske en tidigare genomgången infektion) blivit överaktiva. Nedsatt lust och dålig sexuell tillfredsställelse som följd av den ständiga värken och de smärtsamma utlösningarna beskrivs ofta av de drabbade männen. När besvären väl börjat kommer de som regel i vecko- till månadslånga perioder och är mest



Klamydia- och gonorrébakterier illustrerade i 3D.

besvär under de kalla årstiderna. Kyla utlöser inte bara nya smärtperioder utan förvärrar även pågående symtom. Många män lever med en ständig oro för att värken ska återkomma. Botande behandling finns inte. I många fall kan besvären lindras av att man noggrant förklarar tillståndet för patienten, men som regel behövs medicinsk behandling mot värken där det finns olika läkemedel att välja på.

Om man misstänker prostatit eller kronisk bäckenbotten-smärta bör man kontakta sin vårdcentral. Om man har väldigt ont och hög feber ska akutvård uppsökas. Vid en undersökning lämnas urinprov för att se om det finns bakterier eller spår av röda eller vita blodkroppar. När det gäller akut prostatit lämnas också blodprov så att viktiga funktioner i de inre organen kan undersökas.

Vare sig det kallas för prostatit eller kronisk bäckenbotten-smärta så uppkommer ofta frågan om det innebär att man samtidigt kan ha prostatacancer eller om det finns en ökad risk för utveckling av cancer eller godartad prostataförstoring, men man har aldrig kunnat visa några samband mellan dessa tillstånd och cancer. Dels verkar det vara helt olika mekanismer som ger upphov till de här olika tillstånden och dels är kronisk bäckenbottensmärta ett tillstånd som framför allt drabbar något yngre män medan prostatacancer och prostataförstoring oftare drabbar äldre män.

Förträngning i urinröret

VAD INNEBÄR FÖRTRÄNGNING AV URINRÖRET OCH VARFÖR UPPKOMMER DETTA TILLSTÅND?

Förträngning av urinröret är ett ganska vanligt tillstånd hos män (mycket ovanligt hos kvinnor) och flera hundra män får diagnosen urinrörsförträngning varje år i Sverige. Tillståndet är vanligare hos äldre än hos yngre män. Precis hur vanligt det är vet man inte riktigt och det beror på olika saker, bland annat på att en del män med urinrörsförträngning inte har så tät förträngning och därför kanske inte ens märker av besvären. Orsakerna är flera men det är oftast frågan om någon

sorts skada mot urinröret som gett upphov till ärrbildning och som sedan i sin tur bildat förträngning. Typen av skada som urinröret kan ha blivit utsatt för kan variera. Det kan vara fråga om att man fått en kateter (slang) i urinblåsan insatt via urinröret men operationer på eller via urinröret kan också skapa sådana skador med ärrbildning och förträngning. Det typiska symtomet är svag stråle och att det tar väldigt lång tid att kissa. Mannen måste kanske krysta och i svåra fall kanske det inte går att tömma urinblåsan alls.

Ärrbildningen är inte farlig i sig och det är extremt sällsynt att den utvecklas till cancer. Diagnostiken av urinrörsförträngning är oftast lätt. När läkare eller sköterska försöker sätta in kateter så blir det tvärstopp bara några centimeter eller någon decimeter in. Då ska man misstänka förträngning. Vid undersökning av urinflödet så noteras det mycket långsamma flödet och när man tittar in i urinröret så ser man förträngningen tydligt. Ofta väljer man också att göra röntgen för att se precis var förträngningen sitter och hur tät och lång den är.

KAN URINRÖRSFÖRTRÄNGNING BEHANDLAS OCH I SÅ FALL HUR?

Behandlingen av urinrörsförträngning har ändrats under de senaste decennierna. Ända fram till mitten av 1990-talet bestod som regel behandlingen av att sätta in en sond och vidga förträngningen eller att skära upp förträngningen inifrån. Det är oftast ett ganska lätt ingrepp; man för in ett instrument i urinröret och med en kniv som är kopplad till instrumentet skär man upp förträngningen med ett litet snitt och då brukar det bli väldigt bra vattenkastning. Problemet är bara att dessa förträngningar ofta återkommer och risken för att detta sker ökar ju fler gånger man vidgat eller skurit. Därför gör man nu bara ett snitt en gång och om förträngningen kommer tillbaka går man istället vidare med en plastikoperation av urinröret och då finns det ett antal tekniker att välja på och vilken teknik som väljs beror på var i urinröret förträngningen sitter men också på hur lång förträngningen är.



Sjukdomar och skador på penis, pung och testiklar

Det är väldigt vanligt med sjukdomar i och skador på mannens yttre könsorgan. Dessbättre är de flesta sjukdomstillstånd och skador lindriga men ibland krävs ändå någon form av åtgärd för att komma tillrätta med problemet. Penis och pung, med dess innehåll, är lättillgängligt för undersökning och läkaren kan ofta komma mycket långt i diagnostiken bara genom att använda sig av händer och ögon. Detsamma gäller för testiklarna där också undersökning med ultraljuds-sond är lättillgänglig. Med moderna sonder kan man få en mycket bra ultraljudsbild av testiklarna. Däremot ska testiklarna inte undersökas med vanlig röntgenundersökning.

Sjukdomstillstånd i pung och testiklar

VATTENBRÅCK (HYDROCELE)

Vattenbräck är benämningen på en vätskesamling mellan testikeln och hinnorna utanför den. Detta tillstånd är vanligt och i regel ofarligt. Vattenbräck kan ibland bli väldigt stora och vara störande rent utseendemässigt och ibland också ge symtom. Mannen söker för en oftast ensidig, måttlig till stor ganska mjuk svullnad i pungen som inte gör ont och det kan ibland upplevas en tyngdkänsla. Diagnosen vid ett vattenbräck är oftast lätt och är baserad på sjukdomshistoria och kroppsundersökning. Läkaren kan sätta en stark ficklampa bakom pungen på patienten, och i ett mörkt rum lyser då vattenbräcket upp. Detta kallas för ett genomlysningstest. Vid tveksamma fall kan ultraljud övervägas. Oftast behöver vattenbräck inte behandlas utan det räcker med att informera noggrant. Om vattenbräcket stör genom sin storlek och tyngd är behandling möjlig. Behandlingen består i regel av att man opererar bort en del av hinnan utanför testikeln och samtidigt tömmer ut vätskan, varefter man syr hinnan på ett sätt som förhindrar återuppkomst av vattenbräck. Det kan också övervägas att punktera vattenbräcket, suga ut vätskan och sedan spruta in ett ämne som klistrar samman vävnaderna och på så sätt hindrar att vattenbräcket återkommer.

PUNGÅDERBRÅCK (VARIKOCELE)

Pungåderbräck uppkommer i det nätverk av kärl som kommer från testikeln, är oftast vänstersidigt och förekommer hos ungefär 15 procent av alla män. Diagnosen är som regel lätt att ställa och görs genom att läkaren, med mannen stående framför sig, tittar noga (gärna samtidigt som mannen krystar – då kan pungåderbräcket framträda tydligare) samt klämmer och känner försiktigt. Pungåderbräck måste inte behandlas. I själva verket är de flesta män inte intresserade av behandling efter att ha fått information om att tillståndet är ofarligt. En del män har dock besvär i form av tyngdkänsla och då kan behandling bli aktuellt. Det finns flera olika behandlingsmetoder. Den gamla klassiska metoden var att operera i ljumsken och klippa av testikelns fränförande kärl. Numera utförs oftast röntgenledd avstängning av dessa kärl och det finns många fördelar med denna metod – den kan göras med lokalbedövning och efter några timmar får man gå hem.



SPERMACYSTA

En spermacysta kan uppstå bakom testikeln. Cystan är i allmänhet bara upp till någon centimeter i storlek, men kan i enstaka fall vara betydligt större och ibland också flera stycken. Innehållet i cystan är vattentunt, grått eller ofärgat, lite grumligt och innehåller spermier. Diagnosen ställs genom att försiktigt klämma och känna. Vid tveksamhet kan ultraljud göras och är då mycket träffsäkert. Spermacystor behöver som regel inte behandlas; behandling bör reserveras till spermacystor som orsakar smärta, obehag och/eller oro.

ROTERAD TESTIKEL

Roterad testikel drabbar framför allt spädbarn och pojkar men kan även förekomma hos unga vuxna män. Däremot är tillståndet mycket sällsynt hos medelålders och äldre män. Vid roterad testikel stryps kärlflödet till testikeln av och vid fördröjd diagnos och behandling kan patienten förlora förmågan att bilda spermier i den roterade testikeln eller till och med förlora hela testikeln. Om testikeln roterar ett eller flera varv så innebär detta svår smärta i pungen. Ett akut ultraljud med Dopplerundersökning, för att se hur bra blodflödet är, kan övervägas om man befinner

sig på ett sjukhus där man kan få en undersökning gjord snabbt och av en van undersökare som verkligen kan tolka Dopplersignalerna rätt. Vid misstanke på snurrad testikel opereras patienten akut och testikeln roteras till rätt position så att kärlflödet återställs.

EJ NEDVANDRAD TESTIKEL

Under tidigt fosterliv befinner sig testiklarna högt uppe i buken, alldeles i närheten av den stora kroppspulsådern, för att så småningom vandra ner i pungen. När en pojke föds ska testiklarna vara nedvandrade. Ibland blir det av olika skäl ingen fullständig nedvandring och då kan testikeln finnas sig precis var som helst mellan sin originalplats uppe i bukhålan ner till strax ovanför ingången till pungen. Detta är inte helt ovanligt och drabbar ungefär en av trettio nyfödda pojkar. Om testiklarna inte är riktigt nedvandrade kan följden bli ingen eller dålig spermieproduktion. Vid ej nedvandrad testikel måste man bestämma sig för om man ska operera ned testikeln till sin rätta plats i pungen, operera bort testikeln eller helt enkelt låta den vara. Vad man bestämmer sig för avgörs till stor del av mannens ålder. När det gäller medelålders eller äldre män opereras bara ofullständigt nedvandrad testikel om den ger besvär.



BITESTIKELINFLAMMATION

Inflammation i bitestikeln orsakas nästan alltid av bakterier och är vanligast hos lite äldre män med vattenkastningsbesvär (särskilt vanligt hos män som har kateter) och förekommer i praktiken inte hos pojkar innan puberteten. En orsak till bitestikelinflammation hos män i sexuellt aktiv ålder är framför allt klamydiainfektion. De vanligaste symtomen är svullnad och smärta i pungen, oftast bara i ena halvan. Man kan också känna sig ordentligt sjuk och få hög feber. I svåra fall ses en intensivt rodnad och svullen pung (ena sidan) och det är som regel väldigt ömt. Bitestikelinflammation bör antibiotikabehandlas i tre till fyra veckor. När behandlingen avslutats ska en klinisk utvärdering göras för att bedöma utläkningen samt utesluta möjligheten av en missad tumör. Bakomliggande orsaker, som till exempel vattenkastningsbesvär, kan behöva utredas. Patienter med påverkat allmäntillstånd, hög ålder eller hög feber kan behöva läggas in på sjukhus för att få antibiotika i droppform. Ibland måste svåra fall av bitestikelinflammation opereras.

KAN MAN VARA SÄKER PÅ ATT EN KNÖL I PUNGEN ÄR GODARTAD?

Är det en godartad knöl man känner eller kan det vara en cancer i testikeln? Läkare kan i detta fall komma väldigt långt bara med sina kunskaper, sina ögon och sina händer. Om man undersöker pungen och dess innehåll noggrant räcker det i de allra flesta fall om man håller sig till följande gyllene regel:

En knöl i pungen som man tydligt kan känna ligger utanför testikeln är nästan alltid ofarlig medan en knöl som verkar ligga i testikeln nästan alltid är en cancer.



Sjukdomstillstånd i svällkroppar eller på penis och förhud

SVIKTANDE EREKTION – VEM FÅR DET, VAD KAN VARA BAKOMLIGGANDE ORSAK, VAD KAN GÖRAS ÅT DET?

Problem med erektionen är vanligt, och även om problemen ökar med åldern kan det också drabba yngre män. Naturligtvis är det så att känsligheten för olika negativa faktorer som rökning, alkohol och trötthet med mera ökar med åldern. Erektionssvikt kan definieras på lite olika sätt men en definition är oförmåga att få och behålla en erektion som möjliggör samlag medan andra definitioner talar om att erektionen ska "möjliggöra en för paret (eller individen) tillfredställande sexuell aktivitet". Orsakerna till erektionssvikt är många men i de flesta fall är den åldersbetingad och nära kopplad till försämrad kärlhälsa. Till exempel har nästan alla män med svår hjärt-kärlsjukdom också sviktande erektion. Det är även väl känt att diabetessjukdom över tid kan ge problem med erektionen och också att vissa blodtrycksmediciner kan försämra erektionsförmågan. När en man söker för sviktande erektion behöver inte utredningen vara så omfattande. I de flesta fall räcker det med en noggrann sjukdomshistoria kombinerad med en kroppsundersökning. Tidigare sjukdomar går igenom, och läkaren frågar särskilt efter diabetes- och hjärt-kärlsjukdomar men även vilka mediciner som tas.

Under flera tusen år har det prövats mängder av metoder för att förbättra mannens erektion utan att något egentligen fungerat, men i slutet av 1990-talet kom det glädjande nog tabletter för behandling av sviktande erektion. Behandlingen går ut på att vidga de små kärlen i penis svällkroppar så att blod lättare kan strömma till och åstadkomma erektion. På den svenska marknaden finns det numera fyra olika läkemedel i tablettform att välja på: Sildenafil (det som förut hette Viagra), Cialis, Levitra och Spedra. Dessa fyra mediciner är ganska lika varandra men de har något olika egenskaper och skiljer sig också något åt vad beträffar biverkningar. Man har forskat intensivt för att klarlägga vilket preparat som är bäst men det har egentligen inte kunnat påvisas någon påtaglig skillnad i effektivitet. Man kan med fördel låta mannen själv välja medicin och om effekten uteblir kan det ibland löna sig att pröva någon av de andra tabletterna. Ett annat sätt att gå tillväga är att förskriva små förpackningar av flera mediciner så mannen kan pröva ett par olika tabletter och sedan välja de som fungerar bäst.

Det förekommer att män tar medicin mot kärlkramp men i dessa fall är det viktigt att veta att **vissa mediciner kan vara farliga att kombinera med erektionsförstärkande tabletter.**

Många män blir hjälpta av erektionsförstärkande tabletter, men inte alla. Om tabletter inte hjälper kan mannen erbjudas kärlvidgande och erektionsförstärkande medicin som han själv sprutar in direkt i svällkropparna vid de tillfällen han önskar erektion. Det finns även varianter där man istället sprutar in medicin i urinrörsmynningen men det är inte lika effektivt och heller inte lika vanligt. Mannen måste få noggranna instruktioner om tekniken att spruta in medicinen och helst också ge sig själv den första injektionen under överinseende av läkaren eller en specialistutbildad sjuksköterska eller uroterapeut. Effekten är mycket god och över 90 procent av männen, inkluderande de som inte blivit hjälpta av tabletter, kan räkna med tillfredsställande effekt. I mycket sällsynta fall där inga mediciner hjälper, kan det övervägas att operera in konstgjorda svällkroppar som det finns ett flertal olika sorter att välja på.

FÖRHUDSFÖRTRÄNGNING – ÄR DET VANLIGT, ÄR DET FARLIGT?

Förträngning av förhuden är normalt hos små pojkar och beror som regel på medfödda sammanväxningar som successivt lossnar under de första levnadsåren. Denna oförmåga att kunna dra förhuden bakom ollonet ska följaktligen normalt inte finnas kvar hos äldre pojkar och vuxna män. Om förträngningen kvarstår i vuxen ålder kan det leda till problem som inflammation och smärta vid erektion och samlag. Förträngning av förhuden beror i de allra flesta fall på en sorts ärrbildning som är helt ofarlig i sig men vid en nytillkommen förhudsförträngning hos en medelålders eller äldre man måste det undersökas noggrant för att utesluta att den beror på peniscancer. Om förhuden inte går att bekvämt dra tillbaka för att möjliggöra hygien hos äldre pojkar och vuxna män bör omskärelse övervägas (görs med lokalbedövning).

KROKIG PENIS – VAD KAN DET BERO PÅ?

Krokig penis är ibland medfödd. Vid detta tillstånd föreligger oftast en krökning framåt och först vid erektion uppträder krökningen tydligt. De flesta patienterna söker i tonåren eftersom problem uppstår först i samband med sexuell debut. Det finns metoder för att operera och rätta upp krökningen men i de flesta fall fungerar ändå erektionen för ett normalt samlag, partnern har sällan problem av detta och då bör man avråda från operation.

En krökning av penis kan uppträda i vuxen ålder som en följd av Peyronies sjukdom. Detta är en sorts inflamma-

tion vars orsak är okänd. När sjukdomen uppträder gör det först ont (kan hålla i sig i ett halvår eller mer) och sedan bildas en förhårdnad i bindväven där inflammationen varit och detta kan ibland ge en krökning av penis vid erektion. Om krökningen är ringa eller måttlig behövs ingen behandling men annars går det att operera så att penis blir rakare.

HUDFÖRÄNDRINGAR PÅ PENIS – VILKA ÄR NORMALA OCH VILKA BEHÖVER UNDERSÖKAS VIDARE OCH ÅTGÄRDAS?

Hudförändringar på penis, framför allt förhud och ollon, är relativt vanliga. Oftast är dessa helt godartade förändringar, ibland orsakade av överdriven användning av tvål och andra rengöringsmedel vilket kan torka ut penishuden. Det finns emellertid några hudåkommor som man särskilt bör tänka på. En sådan är vitfläckssjukan, en form av kronisk inflammation som ibland ger klåda, irritation och sveda med ärrbildning som i sin tur kan leda till förhudsförträngning. Korttidsbehandling med kortisonsalva kan lindra symtomen. På grund av ärrbildning blir omskärelse ofta den slutliga behandlingen. Svampinfektion på ollonet drabbar nästan enbart män med diabetes. Det kan bli ett utslag på ollonet som är torrt, fnasigt och lite fjällande. Förhuden blir tjockare och kan spricka. Ibland kan svampinfektion bli så besvärlig att man även här måste överväga omskärelse.

KAN MAN VARA SÄKER PÅ ATT EN FÖRÄNDRING PÅ FÖRHUDEN ELLER PÅ OLLONET ÄR GODARTAD?

Nej, det kan man inte vara helt säker på även om det i de flesta fall rör sig om helt ofarliga förändringar. Utöver de ganska vanliga tillstånden som omnämns i föregående avsnitt så finns ett stort antal ovanliga tillstånd och i praktiken blir det så att man måste visa upp sådana här hudförändringar på penis för sin läkare om de inte försvinner av sig själv. Ibland kan det bli nödvändigt att ta ett litet vävnadsprov för att säkert utesluta en begynnande cancer.

KAN MAN VARA SÄKER PÅ ATT EN KNÖL INNE I PENIS ÄR GODARTAD?

Ja, det kan man vara. Om allting ser normalt ut när förhuden är tillbakadragen och man kan se hela ollonet, är det uteslutet att det är peniscancer. En sådan cancer uppträder enbart på förhuden eller ollonet. Om man känner en knöl eller en förhårdnad så sitter den nästan alltid i svällkroppens vägg och där förekommer inga cancersjukdomar. Istället rör det sig förmodligen om en förhårdnad som beror på Peyronies sjukdom.



Skador på penis, pung och testiklar

SKADOR I SAMBAND MED IDROTT ELLER LIKNANDE AKTIVITETER

Det är mycket vanligt med slag mot pungen, som exempelvis kan uppkomma vid sportande eller sexuell aktivitet. I de allra flesta fall rör det sig om mycket lindriga skador; det gör väldigt ont i några minuter men sedan blir det bättre och aktiviteten kan återupptas. Om smärtan kvarstår, eller om pungen är påtaglig svullen, måste man söka läkare.

Trauma mot penis är också vanligt och vid trubbigt våld mot en ej erigerad penis kan det bli en mycket kraftig svullnad. Även om en sådan svullnad kan verka skrämmande läker den oftast snabbt och allt ser snart normalt ut igen. Skadorna vid trubbigt våld mot penis kan bli betydligt svårare om erektion föreligger då en bristning i svällkroppens vägg kan uppkomma. Orsaken till uppkomsten av en sådan bristning är oftast att man haft samlag med partnern ridandes ovanpå och i samband med detta så har penis glidit ut och kommit fel så att partnern med sin fulla tyngd satt sig på penis. Om man misstänker att svällkroppen brustit bör man genast söka sjukvård. En sådan bristning måste snarast sys ihop och då

brukar det sedan läka fint. En annan vanlig skada i samband med samlag är att strängen till ollonet går av. Det gör ont och brukar blöda en del. Om man trycker några minuter mot strängen så stoppar blödningen efter ett litet tag och sedan läker strängen. Det finns dock exempel på att strängen läker med ett ärr som förkortar den lite vilket kan leda till att ollonet kröks i samband med erektion. I dessa fall kommer man tillrätta med problemet med en enkel operation med lokalbedövning.

BRÄNNSKADOR, BITSKADOR OCH SKADOR ORSAKADE AV VASST FÖREMÅL ELLER ELEKTRICITET

Dessa skador är som regel betydligt allvarigare och innebär betydande risk för infektion. Alla skador av den här typen måste absolut bedömas akut av urologspecialist. Som regel krävs någon form av operation. Elektriska skador kan många gånger lätt underskattas. Det man ser på huden kan vara "toppen av ett isberg" och under huden kan det vara mycket värre skador.

Skribent:
Ralph Pecker – Professor och överläkare i urologi

prostatacancerforbundet.se

Följ oss gärna på facebook



Prostatacancerförbundet

Prostatacancerförbundet är en riksorganisation med 27 regionala och lokala patientföreningar som verkar för ökad kunskap om prostatacancer och driver påverkansarbete för en bättre prostatacancervård. Förbundet stödjer även forskning, utveckling och opinionsbildning genom en egen fond – Prostatacancerfonden.

Prostatacancerförbundet arbetar för en bättre, mer sammanhållen och patientorienterad vård. Vi stödjer och efterfrågar mer forskning för tidig upptäckt, säkrare diagnostik och mer skonsamma behandlingsmetoder. Vi kräver också att nya metoder och nya läkemedel snabbt tas i bruk.

Prostatacancerfonden

Plusgiro 900101-7

Bankgiro 900-1017

Swish 900 10 17



Prostatacancerfonden har som syfte att:

- Stödja svensk forskning och utveckling om prostatacancer.
- Utveckla kompetensen hos vårdpersonal och patientföreträdare inom svensk prostatacancervård.
- Genomföra opinionsbildande insatser i kampen mot prostatacancer.